

Public Service Health Care Plan - Régime de soins de santé de la fonction publique

Employee Application / Demande de l'employé(e)

Initial Application
Demande initiale

Amendment
Modification

Reinstatement
Rétablissement

To be completed by applicant (See Reverse) / À remplir par le(la) requérant(e) (Voir le verso)

1. Surname / Nom de famille	2. Given Name / Prénom	3. PRI – CIDP						
4. Pension No. / N° de pension	5. Date of Birth / Date de naissance <table border="1"> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> <tr> <td>D / J</td> <td>M</td> <td>Y / A</td> </tr> </table>				D / J	M	Y / A	6. If RCMP, indicate / Si la GRC, indiquez : Regimental No. / No de matricule _____ Division _____
D / J	M	Y / A						

7. *Persons to be covered / Personnes à couvrir
 Applicant Only / Requirant(e) seulement With Dependants / Avec personnes à charge

8. *Hospital Benefit Coverage / Garantie hospitalisation ▶ Level I / Niveau I Level II / Niveau II Level III / Niveau III
 Monthly Contribution / Cotisation mensuelle \$ _____

9. Were you previously covered under this Plan (formerly the Group Surgical – Medical Insurance Plan)?
 Avez-vous déjà été couvert par ce régime (antérieurement le Régime d'assurance collective chirurgicale-médicale) ?
 No / Non Yes / Oui ▶ Identification No. / No d'identité _____
 If yes, indicate / Si oui, indiquez : member / membre spouse - dependant / conjoint(e) - personne à charge
 RCMP - Canadian Forces / GRC - Forces canadiennes

10. Coverage for outside Canada / Garantie pour l'extérieur du Canada ? No / Non Yes / Oui
 Date entered - departed Canada / Date d'entrée au Canada - de départ du Canada

D / J	M	Y / A

11. *Date Dependant Status Changed (Please give reason)
 Date du changement de situation des personnes à charge (Veuillez inscrire le motif)

D / J	M	Y / A

 Reason / Motif _____

12. **Application for Coverage**
 I apply for coverage under the Public Service Health Care Plan and submit the information shown above. I authorize Public Works and Government Services Canada, or any other pay agency, to deduct monthly from my pay, the amount required for the coverage indicated. This authorization shall continue in effect until revoked in writing by me.
Demande de garantie
 Je désire adhérer au Régime de soins de santé de la fonction publique et vous fais parvenir les renseignements ci-dessus. J'autorise Travaux publics et Services gouvernementaux Canada, ou tout autre organisme de paie, à retenir de mon traitement les cotisations requises en vue de l'assurance demandée. Cette autorisation restera en vigueur jusqu'à ce que je la révoque par écrit.

Signature of Applicant / Signature du/de la requérant(e) _____ Date _____

To be completed by personnel / À remplir par le personnel

13. Identification No. N° d'identité	14. Date Deductions - Contributions Commence Retenues - cotisations à compter de <table border="1"> <tr> <td> </td> <td> </td> </tr> <tr> <td>M</td> <td>Y / A</td> </tr> </table>			M	Y / A	15. Last Date of Entry into Public Service Date de la dernière entrée à la F.P. <table border="1"> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> <tr> <td>D / J</td> <td>M</td> <td>Y / A</td> </tr> </table>				D / J	M	Y / A	16. PO	DEPT MIN.	PL LDP
M	Y / A														
D / J	M	Y / A													

17. Effective Date of Eligibility / Date d'entrée en vigueur de l'admissibilité

D/J	M	Y/A

18. Is the applicant eligible for Level III employer-paid coverage?
 Est-ce que le(la) requérant(e) est admissible à la protection niveau III payée par l'employeur? No / Non Yes / Oui

19. Date Application Received / Date de réception de la demande

D/J	M	Y/A

20. **Certification of Eligibility / Attestation d'admissibilité**
 The employee named herein is eligible to apply for Public Service Health Care Plan coverage.
 L'employé(e) nommé(e) dans les présentes est admissible au Régime de soins de santé de la fonction publique.

Signature of Personnel Officer / Signature de l'agent du personnel _____

Date _____ Tel / Tél. () - _____

Department Name / Nom du Ministère _____

Street / Rue _____ City / Ville _____ Province _____ Postal Code / Code postal _____

Please read these instructions before completing this application

The information you provide is collected under the authority of Treasury Board for the administration of the Public Service Health Care Plan (PSHCP). Completion of this form is optional and all information will be protected under the provisions of the Privacy Act. The information will be placed in Personal Information Bank Number PWGSC PCE 703. Access to this material is controlled by the Custodian of the bank, the Director of Superannuation Directorate.

NOTES:

No. 7 Persons to be covered

- i) Qualified dependants are the applicant's spouse and unmarried children under 21 years of age, including an adopted child, foster child or step-child.
- ii) Coverage for "children only" is only available where the children are entitled to a pension allowance payable to a guardian. Children who receive a pension allowance directly are to apply in the "applicant only" category.
- iii) A child age 21 or over is an eligible dependant only if the child is unmarried and:
 - in full-time attendance at school or university and less than 25 years of age, or
 - dependent upon the employee because of a physical or mental impairment which existed prior to the dependant attaining age 21, or which commenced while the dependant was covered under the Health Care Plan as a student over age 21.

No. 8 Hospital Benefit Coverage

Pensioners can obtain a schedule of the monthly contribution rates from Superannuation Directorate.

No. 11 Date dependant status changed

To be completed only by participants who wish to amend their coverage from single to family, or vice versa. The date to be indicated is the date the change in status took place (e.g. date of marriage, date of birth of a child, date of death of a dependant, etc.).

Veillez lire les instructions avant de remplir cette demande

Les renseignements fournis dans la présente demande sont recueillis avec l'autorisation du Conseil du Trésor aux fins d'administration du Régime de soins de santé de la fonction publique (RSSFP). Vous n'êtes pas tenu de remplir le présent formulaire et tous les renseignements que vous fournissez seront protégés en vertu de la Loi sur la protection des renseignements personnels. Les renseignements seront placés au fichier de renseignements numéro TPSGC PCE 703. L'accès à ces renseignements est contrôlé par le gardien du fichier, le Directeur de la Direction des pensions de retraite.

REMARQUES :

N° 7 Personnes à protéger

- i) On entend par personnes à charge admissibles, le conjoint ainsi que les enfants célibataires de moins de 21 ans, y compris un enfant adopté, un enfant en foyer nourricier, un beau-fils ou une belle-fille.
- ii) La protection «enfants seulement» ne s'applique qu'aux enfants ayant droit à une indemnité de pension payable à un tuteur. Les enfants qui touchent directement une allocation de pension doivent demander à participer au régime en remplissant la section «requérant seulement».
- iii) Un enfant de 21 ans ou plus est considéré comme personne à charge admissible seulement s'il est célibataire et :
 - qu'il étudie à temps plein à l'école ou à l'université et a moins de 25 ans, ou
 - qu'il est à la charge du participant en raison d'une incapacité physique ou mentale qui existait avant qu'il n'atteigne l'âge de 21 ans ou qui a commencé pendant qu'il était assuré en vertu du Régime de soins de santé à titre d'étudiant de plus de 21 ans.

N° 8 Garantie-hospitalisation

Les pensionnés peuvent obtenir un barème des cotisations mensuelles auprès de la Direction des pensions de retraite.

N° 11 Date du changement de situation des personnes à charge

Doit être rempli uniquement par les participants qui désirent passer de la garantie pour personne seule à la garantie familiale, ou vice versa. La date à inscrire est celle du changement de situation (p. ex. la date du mariage, la date de naissance d'un enfant, la date du décès d'une personne à charge, etc.).